N° 3.

ESSAI

SUR LA PARALYSIE,

CONSIDÉRÉE SOUS LE RAPPORT SÉMÉIOLOGIQUE.

LA PARALYSIE EST-ELLE UNE AFFECTION NERVEUSE ESSENTIELLE, OU LE SIGNE D'UNE ALTÉRATION ORGANIQUE?

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 janvier 1824, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR FÉLIX CAZES, de Saint-Gaudens,

Département de la Haute-Garonne.

La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus difficile.

LOUIS, *Mém. de l'acad. royale de chirurgie*, t. 5.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs	Messieurs
LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	
ALIBERT.	FIZEAU, *Examinateur.*
BÉCLARD.	FOUQUIER, *Suppléant.*
BERTIN.	GUILBERT.
BOUGON.	LAENNEC.
BOYER.	MARJOLIN, *Examinateur.*
CAYOL.	ORFILA, *Président.*
CLARION, *Examinateur.*	PELLETAN fils.
DENEUX.	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX.	RICHERAND.
DUMÉRIL.	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LEROUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES.	PELLETAN.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT.	

Agrégés en exercice.

Adelon.	Kercaradec.
Alard.	Maisonnabe.
Arvers.	Moreau.
Breschet.	Murat.
Capuron	Parent du Chatelet, *Suppléant.*
Chomel.	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Cloquet aîné.	Ratheau, *Examinateur.*
Coutanceau.	Richard.
Delens.	Rullier.
Gaultier de Claubry.	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Gage de souvenir pour tous les soins que j'ai reçus de lui, et de tous les regrets que m'a laissés sa perte.

A MA MÈRE.

Comme une faible marque de mon respect et de ma reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE.

Gage d'amitié la plus sincère.

A MONSIEUR ROSTAN,

Médecin de l'hospice de la Salpêtrière; Professeur de médecine clinique.

Comme un faible témoignage de l'attachement que je lui porte, et de la haute estime due à ses lumières.

F. CAZES.

plète que je pourrais, ce que j'ai appris à ce sujet. J'ai suivi pendant deux ans les cours de clinique de M. le docteur *Rostan*, et c'est dans l'hospice de la Salpêtrière, si fécond en maladies cérébrales, que j'ai vu confirmer les propositions que j'ai recueillies à ses leçons, et que je vais émettre. La plupart d'entre elles sont d'ailleurs consignées dans les recherches de ce médecin sur le ramollissement du cerveau.

ESSAI

SUR LA PARALYSIE,

CONSIDÉRÉE SOUS LE RAPPORT SÉMÉIOLOGIQUE.

LA PARALYSIE EST-ELLE UNE AFFECTION NERVEUSE ESSENTIELLE, OU LE SIGNE D'UNE ALTÉRATION ORGANIQUE?

PREMIÈRE PARTIE.

Opinions des auteurs modernes sur la paralysie.

Jusqu'à ces derniers temps, la paralysie a été considérée comme une maladie idiopathique plutôt que comme un signe d'une altération sensible survenue dans le cerveau, dans ses dépendances ou dans les vaisseaux qui portent aux membres un fluide excitant et réparateur. Ce n'est que depuis peu qu'on a reconnu qu'elle dépendait presque constamment d'une lésion organique plus ou moins facile à constater, et qu'on l'a fait servir à reconnaître dans le vivant le genre d'altération qui la produisait. On sait aujourd'hui que, selon la partie du corps qu'elle occupe, elle indique le siége et l'étendue

de la lésion cérébrale; et que, selon sa marche, la manière dont elle se manifeste, elle indique le genre, l'espèce d'altération qui existe. Elle est, en effet, le signe le plus précieux que nous possédions pour distinguer les diverses maladies du cerveau. Pour mettre mieux à même de juger à quel degré de précision cette partie de l'art s'est élevée dans ces derniers temps, nous allons exposer ce que disent sur ce sujet les auteurs les plus modernes, et dont les préceptes peuvent être considérés comme l'état actuel de la science. Voici ce que dit le célèbre M. *Pinel.*

Description générale de la paralysie. Prédispositions et causes occasionnelles.

« Les plus ordinaires sont, un état de pléthore, le refroidissement « subit, l'interruption d'une saignée habituelle, la suppression du « flux menstruel et hémorrhoïdal; celle de la sueur, d'un exutoire « quelconque, d'un ancien ulcère; les narcotiques, l'habitude de « l'ivresse, des coups sur la tête, une terreur, surtout dans la « menstruation; des chagrins profonds, un emportement de colère, « de la tristesse, des travaux dans les mines de plomb et de mer- « cure; l'usage exclusif de ces deux métaux, l'apoplexie, la para- « lysie, l'hystérie, etc. »

Il est évident, d'après l'énumération de ces causes, que le savant nosographe regarde la paralysie comme une affection essentielle, abstraction faite de l'altération dont elle est le symptôme, les diverses causes qu'il énumère étant susceptibles de développer les différentes maladies de l'encéphale, depuis la congestion sanguine jusqu'au cancer de cet organe, etc. Mais ce que nous avançons est confirmé par cette phrase qui termine l'énumération des causes: « *La paralysie peut être dépendante d'une lésion cérébrale, rachidienne, nerveuse ou musculaire.* » N'est-il pas évident que l'auteur la considère, dans le très-grand nombre des cas, comme étant indépendante de ces lésions?

Symptômes. « Ils consistent dans la diminution ou l'abolition des « mouvemens volontaires. Les parties affectées peuvent être dans un « état de relâchement, de tremblement ou de contraction. Il peut « y avoir perte de sensibilité, ou bien celle-ci peut exister au même « degré que dans l'état ordinaire, elle est même quelquefois augmen- « tée. Cette *affection* peut avoir lieu dans tout un côté du corps « (*hémiplégie*), dans les membres inférieurs (*paraplégie*), ou se « borner à quelques muscles, comme, par exemple, à ceux de la « face, du bras, etc. C'est le côté gauche qui est le plus souvent « frappé de paralysie, sans doute parce qu'il est moins fort, moins « exercé, et peut-être moins nourri. »

Cette dernière assertion n'est pas exacte, pour le dire en passant.

Le traitement que ce professeur indique pour la paralysie prouve encore plus que tout ce qu'on vient de lire qu'il la regarde comme une maladie le plus souvent indépendante de toute espèce d'altération locale.

Traitement de la paralysie. « Le traitement de la paralysie varie « *suivant les muscles particuliers qui en sont frappés*, et surtout « suivant la nature des causes qui l'ont produite; mais tout indique, « en général, *l'usage des stimulans et des toniques :* les eaux ther- « males sont propres à produire une sorte de fièvre artificielle. On « ne peut nier aussi que l'électricité n'ait guéri certaines paraly- « sies ; mais, pour en assurer le succès, il importe de bien choisir « les cas susceptibles de guérison, et de faire un usage judicieux « des moyens secondaires. La respiration du gaz oxygène, mêlé à l'air « atmosphérique dans la proportion d'un à vingt, a guéri en six « semaines une paralysie contractée par la boisson du vin où entrait « la litharge et l'acétate de plomb. C'est au temps et à l'expérience à « constater l'effet du galvanisme contre l'asthénie musculaire en « général, quoique plusieurs faits déposent déjà en sa faveur. On « trouve enfin dans les auteurs plusieurs exemples de l'influence

« heureuse des affections vives de l'âme, comme de la joie, de la « frayeur, de la colère, sur la guérison de l'hémiplégie. »

Rien n'est plus propre à démontrer que la paralysie était considérée comme une maladie, et non comme un phénomène appartenant à une multitude d'affections différentes, que la description que nous venons de transcrire, et surtout que le traitement qu'on vient de lire. Assurément, si l'on eût su, comme on commence à le savoir aujourd'hui, que la paralysie dépendait d'une foule de maladies, on n'en aurait pas fait une description générale, et surtout on n'aurait pas tracé pour elle un traitement; mais on aurait rapporté ce phénomène à chaque affection qui le produit, et le traitement aurait varié suivant chacune de ces affections. C'est là le point pratique de cette dissertation. Faut-il de nouvelles preuves que la paralysie n'était pas considérée comme signe? ouvrons les traités de séméiotique, regardés comme classiques. Voici les passages que nous remarquons dans celle de M. le professeur *Landré-Beauvais :*

« Les membres sont immobiles et souples dans la paralysie (487). »

« Les membres diminuent de volume dans la paralysie. Cette dimi- « nution porte spécialement sur les membres impotens, sur les deux « cuisses dans la paraplégie, sur le bras et la cuisse d'un côté dans « l'hémiplégie (448). »

En partant des signes fournis par les sensations, le même auteur, en parlant de leur diminution et de leur abolition, s'exprime ainsi qu'il suit :

« Il n'est pas bien rare que, dans le cours des fièvres adynamiques « et ataxiques, les malades soient privés de la vue..... Si c'est dans « la crise d'une maladie qu'on perd la vue, elle peut se rétablir; « mais la terminaison n'est pas aussi heureuse (237). »

« La cécité n'est quelquefois qu'un symptôme d'un embarras gas- « trique; elle cède alors assez facilement par l'usage des médicamens « évacuans. Celle qui se manifeste durant les fièvres intermittentes « anciennes est plus fâcheuse, souvent incurable (*ibid.*). »

« La surdité provient quelquefois de l'amas de cérumen endurci « dans les oreilles (239). »

« Dans les maladies, et particulièrement dans les fièvres adyna- « miques et ataxiques, on observe quelquefois une dureté de l'ouïe, « ou même une surdité complète. Le prognostic que l'on doit tirer « de ces signes varie selon le terme de la maladie, et suivant les « autres signes que présente le malade (*ibid.*). »

« La surdité accompagne quelques affections catarrhales, et parti- « culièrement le coryza. Ordinairement elle cesse avec les autres « symptômes. D'autres fois elle résiste aux moyens les plus énergiques « employés pour la combattre (*ibid.*). »

« La dureté de l'ouïe et la surdité au commencement d'une mala- « die, avec beaucoup de trouble et d'inquiétude, sont de mauvais « signes; elles annoncent du délire, et même souvent une fièvre de « mauvais caractère (*ibid.*). »

« La surdité qui survient durant la seconde période d'une maladie, « surtout à l'époque d'une crise, et avec quelques autres signes cri- « tiques, est d'un bon présage, etc. (240). »

« Dans les maladies aiguës et chroniques, la surdité avec un « grand épuisement des forces et d'autres mauvais symptômes, est « un signe dangereux, et le plus souvent mortel, etc.

« Lorsqu'il y a de fortes douleurs dans les extrémités inférieures, « la surdité qui survient les fait cesser, et réciproquement la surdité « cesse ou diminue par les douleurs des extrémités inférieures. La « surdité cesse également s'il s'établit une suffisante hémorrhagie du « nez, ou un flux du ventre bilieux dysentérique. Chez certains ma- « lades, le dévoiement et la surdité alternent. Pour l'ordinaire, la « surdité se dissipe pendant la convalescence; quelquefois elle con- « tinue pendant le reste de la vie.

« Lorsque la surdité et le délire se manifestent chez un malade, il « faut observer si la surdité succède au délire ou le délire à la surdité. « Dans le premier cas, le danger est moindre. *On peut conjecturer « que l'affection du cerveau se porte sur l'oreille.* Dans le second,

« au contraire, il y a plus à craindre, puisqu'on peut présumer que « l'affection de l'oreille se porte sur le cerveau ; mais il faut alors que « cette métastase ait été précédée de quelques signes d'une affection « du cerveau, tels que l'insomnie, l'assoupissement, le tremblement « de la langue, des douleurs violentes de la tête. Si aucun de ces « signes ne paraît, le délire qui suit la surdité est peu impor- « tant (241). »

« Le sens de l'odorat diminue beaucoup dans le coryza, dans « l'ozène des fosses nasales, et même dans quelques fièvres adyna- « miques ; *il se perd tout-à-fait dans l'apoplexie, dans une partie des « paralysies et des hystéries*, et dans certaines fièvres adynamiques « et ataxiques.

« La perte de l'odorat, accompagnée d'autres signes fâcheux, an- « nonce un grand danger. Lorsque les malades attaqués d'affections « chroniques et très-affaiblis perdent l'odorat, c'est un signe mortel.

« Les lésions du sens de l'odorat paraissent pouvoir être produites « par différentes causes, dont les principales sont, 1.° la sécheresse « de la membrane pituitaire et des papilles nerveuses. Dans les ma- « ladies inflammatoires, l'odorat est émoussé par cette sécheresse. « 2.° L'épaississement de la membrane pituitaire et la compression « des papilles nerveuses, comme dans le coryza et dans l'ozène. Dans « les polypes des fosses nasales, l'odorat se perd quelquefois entière- « ment ; certaines portions de la pituitaire sont augmentées de vo- « lume, d'autres sont comprimées par la tumeur. 3.° *Enfin une « atteinte portée directement sur l'origine des nerfs.* Ce sont particu- « lièrement ces signes, que l'on peut tirer des lésions produites par « cette cause, qui viennent d'être exposés (243). »

« Dans la plupart des maladies, le sens du goût s'affaiblit ou se « perd (247). »

« La diminution ou la privation du sens du toucher qui survient « sans fièvre *doit faire craindre une paralysie ou une apoplexie.* « Au commencement d'une maladie aiguë, la perte du sens du tou- « cher annonce ordinairement une fièvre ataxique. Dans les maladies

« où les forces sont épuisées, la perte de ce même sens est un » des signes qui indiquent une mort prochaine. »

« *Après les apoplexies, il arrive quelquefois* que le mouvement « se rétablit et que le sens du toucher ne se recouvre point. »

A l'article des signes tirés de la langue, page 138, on lit encore : « Le tremblement de la langue accompagne et précède assez ordi- « nairement l'apoplexie.

« Dans l'hémiplégie, le côté de la moitié du corps paralysé perd « la puissance motrice ; l'autre conserve cette faculté, et entraîne la « langue de son côté. Quelquefois cependant on observe la para- « lysie de la moitié de la langue opposée à la moitié du corps frappée « d'hémiplégie. »

Et page 236 du même ouvrage on lit : « Dans l'apoplexie forte, « les lèvres sont pendantes, ou au contraire constamment res- « serrées. »

Tels sont les passages relatifs au sujet qui nous occupe, qu'une lecture attentive de la Séméiotique de M. le professeur *Landré-Beauvais* nous a représentés. Il est facile de voir qu'il n'y est aucunement question des diverses altérations locales qui occasionnent la paralysie. Les signes déduits de la paralysie dans cet ouvrage sont plutôt prognostiques que diagnostiques. On peut voir aussi que dans plusieurs endroits la paralysie y est considérée comme une maladie, et non comme un simple phénomène morbide. Nous avons scrupuleusement cité tous ces articles afin que le lecteur pût mieux juger par lui-même l'état de la science à l'époque où ces ouvrages furent écrits, et mieux apprécier les progrès qu'elle a faits depuis.

Maintenant voici ce que dit M. *Chomel* sur la même matière dans sa Pathologie générale, page 164 :

« L'abolition complète de la contractilité musculaire et du mou- « vement constitue la paralysie : elle est *générale* dans les affections « comateuses, dans la syncope, l'asphyxie, etc. ; si elle s'étend à un « côté du corps, c'est l'*hémiplégie* ; à sa moitié inférieure, c'est la « *paraplégie* ou *paraplexie* ; si elle occupe le bras d'un côté et la

« jambe de l'autre, c'est la *paralysie croisée; qui est fort rare.* Elle « est quelquefois bornée aux deux poignets ou à un seul, comme on « le voit dans la colique métallique, dans quelques fièvres des pri- « sons; elle peut même, à ce qu'il paraît, n'occuper qu'un seul fais- « ceau musculeux. C'est du moins ce qu'on a soupçonné dans cette « espèce de paralysie de la langue où cet organe perd seulement la « faculté d'articuler quelques lettres. Dans l'abaissement permanent, « ou chute de la paupière supérieure, le muscle releveur est seul « frappé de paralysie.

« La sensibilité est entièrement suspendue dans tout le corps chez « les apoplectiques et les asphyxiés, dans une partie seulement chez « quelques paralytiques (175). »

Nous croyons inutile de transcrire ce que dit à ce sujet M. *Double*, dans sa Séméiotique générale; il est entièrement dans les principes de ses prédécesseurs et de ses contemporains, comme on peut s'en assurer t. 1, p. 338, *ibid.* 469; t. 2, p. 403 et suivantes, *ibid.* 549, etc.

Nous ne devons pas omettre de citer ici une phrase remarquable du nouveau Dictionnaire de médecine, à l'article *paralysie* : « *La pa-* « *ralysie est le plus ordinairement symptomatique d'une altération* « *parvenue dans le cerveau ou dans les nerfs eux-mêmes.* » Mais il faut remarquer que cet ouvrage a paru depuis les travaux de MM. *Rostan* et *Lallemand.*

L'auteur de l'article *paralysie* du Dictionnaire des sciences médicales, quoique ayant sacrifié aux opinions anciennes sous beaucoup de rapports, semble cependant avoir pressenti qu'un jour la paralysie ne serait plus considérée comme une affection idiopathique, mais seulement comme un symptôme.

DEUXIÈME PARTIE.

De la paralysie considérée comme signe de diverses maladies.

PREMIÈRE DIVISION.

Propositions générales.

Avant d'entrer dans aucun détail, nous devons exposer sommairement quels sont les principes qui, dans ces derniers temps, ont dirigé les recherches que l'on a faites sur la paralysie ainsi que sur beaucoup de maladies.

I.

Il n'y a dans l'économie animale que des organes et des fonctions; celles-ci ne sont autre chose que des organes en exercice.

II.

Si les organes sont dans l'état sain, leur exercice aura lieu suivant un type donné, qui constituera l'état normal ou physiologique.

III.

Si les organes sont dans l'état morbide, leur exercice n'aura plus lieu suivant l'état normal; il y aura dérangement de fonctions.

IV.

La fonction n'étant qu'un résultat, elle ne pourra être pervertie sans que l'organe ou que le système d'organes qui l'exécute soit altéré d'une manière quelconque, primitive ou consécutive, légère ou profonde, fugace ou persistante, sensible ou insensible à nos divers moyens investigateurs.

V.

Les fluides entrant pour beaucoup dans la composition de nos organes, ils sont susceptibles de s'altérer; mais cette altération échappe à nos recherches. Il est vraisemblable que les maladies générales (plus rares qu'on ne le croyait autrefois) sont dues à l'altération des fluides qui pénètrent toute l'économie, ou à celles des organes et des fluides de la circulation ou de l'innervation.

VI.

Le même organe, ou du moins la même partie d'organes, ne peut remplir plusieurs fonctions, surtout dans le même moment. Chaque fonction a donc son organe propre, et réciproquement.

VII.

Si un organe paraît remplir plusieurs fonctions, il est incontestable que cet organe est multiple, divisé en plusieurs parties, qui, chacune, remplissent une fonction particulière.

VIII.

L'encéphale (le cerveau, le cervelet), la moelle de l'épine et ses dépendances (les nerfs) sont les organes du sentiment et du mouvement. Nous ne voulons pas parler de l'intelligence.

IX.

Sous le rapport du mouvement, l'encéphale est un organe multiple, car on peut mouvoir en même temps plusieurs parties; ce n'est donc pas le même point qui les fait mouvoir; on peut aussi ne mouvoir qu'une seule partie, les autres restant en repos; ce qui doit faire conclure la même chose.

X.

Le sentiment et le mouvement ne peuvent pas avoir le même siége dans le cerveau, puisqu'on voit le sentiment lésé sans le mouvement, et celui-ci sans celui-là.

« Le célèbre La Condamine a vécu plusieurs années avec une « insensibilité absolue des mains; il exécutait tous les mouvemens « de ces parties. J'ai vu à l'hospice de la Salpêtrière plusieurs faits « semblables. » (Séméiotique de M. *Landré-Beauvais*, p. 249.)

XI.

Les mouvemens d'un côté du corps ne partent pas du même endroit du cerveau que ceux du côté opposé. Ceux du bras d'un côté que ceux de l'extrémité inférieure du même côté. Ce qui le prouve, c'est que les uns sont affectés lorsque les autres ne le sont pas.

XII.

Les signes fournis par la diminution ou la perte du sentiment ou du mouvement ne sont pas les mêmes suivant le siége, l'étendue, la marche, la nature et la durée de la paralysie.

II^e^ DIVISION.

De la paralysie considérée selon son siége et son étendue.

La paralysie consistant dans la perte ou la diminution des mouvemens et du sentiment, il est clair que c'est dans les organes qui sont destinés à remplir ces fonctions qu'il faut chercher la cause de la paralysie. Le cerveau, le cervelet, le prolongement rachidien, les nerfs eux-mêmes, peuvent être le siége de l'altération qui la détermine. Bien plus, les vaisseaux sanguins cessant de porter un fluide excitant vers les muscles ou vers l'encéphale, peuvent occasionner le phénomène qui nous occupe. Les fortes douleurs musculaires, les contractions violentes, les tiraillemens considérables exercés sur quelques membres, peuvent déterminer l'immobilité de ces membres, l'impossibilité de les contracter, enfin une sorte de paralysie. L'expérience et le raisonnement sont parvenus, dans ces derniers temps, à faire reconnaître *à priori* non-seulement le siége de ces altérations, mais encore leur nature. Il n'y a qu'à faire l'application des propositions précédentes.

La paralysie peut occuper tout le corps, être générale, n'en occuper que la moitié ou qu'une partie. Dans ces cas divers, elle n'indique pas la même altération.

PREMIÈRE SECTION.

De la paralysie générale.

Lorsque la paralysie est générale, elle est le signe d'une lésion générale de l'encéphale, ou d'une lésion centrale, ou bien encore d'une lésion locale; mais tellement étendue, qu'elle influence le côté sain ou la partie centrale. Ainsi la paralysie générale pourra indi-

quer un coup de sang, une congestion plus ou moins brusque portée à un haut degré, une méningite (nous ne voulons pas parler de la résolution des membres qui survient dans la syncope, dans l'asphyxie, etc.), un épanchement de sang dans un lobe du cerveau, avec irruption dans les ventricules et compression du côté sain du cerveau ; un ramollissement très-étendu qui aurait boursoufflé un hémisphère, au point de comprimer celui du côté opposé; enfin un tubercule un cancer, un kyste développé dans la protubérance, etc. Ainsi, si l'on est appelé auprès d'un malade frappé d'une paralysie générale, on devra soupçonner ces diverses altérations. On pourra parvenir à les distinguer les unes des autres par des traits caractéristiques.

a. Lorsque la paralysie générale arrive dans un coup de sang, elle est alors brusque, rapide, et tout à coup portée au plus haut degré d'intensité; elle diminue ordinairement avec promptitude, et se termine promptement par résolution, lorsqu'on la traite convenablement. Elle n'a guère plus de quelques heures ou un jour ou deux de durée. Elle peut aussi se terminer dans le même temps par la mort. On voit par là que cette maladie est caractérisée par la promptitude de sa marche et l'instantanéité de son invasion.

b. Si la paralysie générale est due à une méningite, elle aura été précédée par des phénomènes fébriles, par la force, la fréquence du pouls, la chaleur à la peau, la soif, la céphalalgie, et souvent le délire ; elle ne surviendra que dans une période avancée de la maladie, annoncera un épanchement séreux ou purulent dans les méninges ou dans les cavités des ventricules.

c. La résolution des membres, qui arrive dans la syncope et dans l'asphyxie, est facile à reconnaître, parce que leur cause est, en général, facile à saisir et spéciale, et leurs autres signes assez caractéristiques.

d. La paralysie générale qui est occasionnée par un épanchement de sang considérable ayant son origine dans un hémisphère, faisant irruption dans les ventricules et comprimant l'hémisphère

opposé, peut être reconnue à ce que cette paralysie est plus forte d'un côté que de l'autre, et à ce qu'elle a ordinairement commencé par frapper un côté du corps.

e. Un ramollissement considérable qui aurait boursoufflé tellement un côté du cerveau qu'il comprimerait le côté sain pourrait se reconnaître à la marche ordinaire et graduelle de cette maladie.

f. Il sera beaucoup plus difficile de distinguer un épanchement survenu dans la protubérance annulaire et un ramollissement de la même partie; mais on pourra soupçonner ces altérations lorsque les phénomènes seront généraux, et qu'ils pourront cependant, par leur marche, être rattachés à ceux de ces affections.

g. Enfin si c'est un kyste, un tubercule, un cancer développé dans le mésocéphale, la marche chronique de la maladie exclura l'idée d'un ramollissement ou d'une apoplexie, et les signes, à la vérité, assez obscurs de ces maladies pourront les faire soupçonner. Par exemple, les douleurs lancinantes, la coloration d'un jaune-paille de la peau pourront décéler le cancer central du cerveau, etc.

II.e SECTION.

De la paralysie locale.

Cette paralysie fournit des signes bien plus certains que les précédens. Lorsqu'elle est bien prononcée, on peut être certain qu'il existe une lésion locale et circonscrite dans le cerveau. Cette altération réside, ainsi que le savaient déjà les anciens, dans l'hémisphère du cerveau opposé au côté paralysé. L'anatomie rend parfaitement compte de ce phénomène par l'entrecroisement des nerfs. Cette disposition anatomique a été surtout bien étudiée depuis les travaux de *Gall* sur le cerveau.

Lors donc que la paralysie occupe la moitié gauche du corps, l'altération qui l'occasionne a son siége dans l'hémisphère droit, et réciproquement.

On en était resté là lorsque, pensant, ainsi que nous l'avons dit, que le bras et la jambe ne devaient pas être sous la direction d'une seule et même portion de l'encéphale, MM. *Foville* et *Pinel-Grand-Champ*, élèves internes de la Salpêtrière, entreprirent de déterminer par des observations exactes quelle était la partie du cerveau qui tenait sous sa dépendance le membre thoracique, et quelle était celle qui communiquait le mouvement au membre pelvien. Ayant eu occasion d'observer un nombre assez considérable d'individus affectés, 1.° d'hémiplégie, 2.° de paralysie du bras, 3.° de paralysie de la jambe, ils trouvèrent, 1.° que, dans le premier cas, la lésion de l'encéphale occupait le corps strié et la couche optique en même temps; 2.° que, dans le second cas, la couche optique seule et ses irradiations étaient le siége de la lésion; 3.° enfin que, dans le troisième cas, cette lésion occupait le corps strié et ses irradiations.

Dans un ouvrage fort estimable d'ailleurs on a prétendu que, lorsque la lésion existait dans le cerveau, la paralysie ne commençait jamais par le membre pelvien; c'est une erreur palpable, que l'observation a combattue d'une manière victorieuse.

La paralysie, c'est-à-dire la paralysie des membres pelviens, les membres thoraciques restant parfaitement libres, ne peut dépendre que de l'altération des organes des mouvemens situés au-dessous des vertèbres cervicales. C'est aussi presque constamment dans la moelle épinière qu'il faut chercher la cause de cette affection.

Dans la paralysie croisée, il existe deux altérations dans le cerveau; l'une occupe un hémisphère, et l'autre l'hémisphère opposé, avec cette différence que la région de l'hémisphère malade varie selon que la paralysie frappe le membre supérieur ou qu'elle atteint le membre inférieur.

La paralysie des sens doit nécessairement avoir son siége dans la portion du cerveau qui tient le sens sous sa dépendance, ou dans le nerf lui-même. Chaque sens devant avoir un centre particulier d'après la loi posée plus haut, que deux choses différentes ne peuvent pas exister en même temps dans le même endroit, il s'ensuit que chaque

paralysie des sens doit occuper un lieu différent. Mais il est si rare qu'un sens tout seul soit frappé de paralysie, que jusqu'ici on ne sait pas encore quelle est la portion de l'encéphale qui préside à chacun d'eux.

Lorsqu'un sens d'un côté est seul paralysé, la lésion est simple ; s'ils le sont tous les deux, la lésion est double ou centrale ; si un sens d'un côté et un autre sens du côté opposé sont malades, l'altération doit être double.

Quand la langue est paralysée (et il arrive fréquemment qu'elle l'est seule), l'altération qui donne lieu à la paralysie doit aussi avoir un siége particulier. Ce siége est encore inconnu. Cependant des observations récentes assez nombreuses, faites à la Salpêtrière sur des bègues, sur des paralytiques dont la langue avait été principalement lésée, semblent faire croire que ce siége doit être la corne d'Ammon. Cette proposition a besoin d'être confirmée.

Mais le siége de la lésion qui produit la paralysie n'est pas toujours dans l'encéphale. La paralysie peut dépendre, en effet, de la compression d'un nerf par une tumeur développée sur son trajet, par son altération propre, par le défaut de circulation dans un membre, etc.

Il est ordinairement facile de reconnaître ces causes de paralysie.

Si elle a son siége aux extrémités inférieures, on pourra reconnaître la tumeur développée dans le petit bassin : on la reconnaîtra plus facilement, si elle existe au-dehors sur le trajet des nerfs.

Si c'est le défaut de circulation, la couleur violacée, la froideur du membre, et surtout l'absence des pulsations dans ce membre, feront reconnaître les causes de la paralysie. La lésion des organes locomoteurs eux-mêmes, le tiraillement considérable des muscles, peuvent occasionner une espèce de paralysie.

Enfin, dans l'agonie de certaines maladies aiguës, et dans celle des maladies du cancer, on observe des hémiplégies qui ne doivent point être rapportées à une lésion profonde du cerveau, et qui tiennent sans doute à ce qu'une partie de ce viscère meurt avant les autres.

Telles sont les considérations que nous avons à exposer sur le siége et l'étendue de la paralysie ; mais elle diffère encore suivant quelques circonstances importantes.

III.e DIVISION.

De la paralysie considérée suivant sa marche.

La marche de la paralysie est brusque ou graduelle, progressive ou rétrograde ; elle est aiguë ou chronique, et les circonstances font singulièrement varier le diagnostic.

Si la paralysie survient tout à coup sur un sujet sain, elle annonce une lésion subite : or il n'y a de lésion subite qu'une hémorrhagie cérébrale ou une forte congestion. On exclura toutes les maladies chroniques du cerveau, et même le ramollissement. On distinguera l'hémorrhagie de la congestion par les signes qui leur sont propres.

Si la paralysie est récente, mais qu'elle marche lentement et par degrés, on conclura qu'il existe une lésion dont les progrès sont lents et gradués, telle, par exemple, le ramollissement.

Si la paralysie va toujours croissant jusqu'à la mort, on aura la presque certitude que c'est un ramollissement.

Si la paralysie rétrograde, elle doit appartenir à une lésion qui soit susceptible de guérison, et l'expérience prouve que l'épanchement et la congestion sont plus susceptibles de ce mode de terminaison.

Lorsque la paralysie reste stationnaire, il est vraisemblable qu'il a existé un épanchement qui a détruit une portion du cerveau, que l'épanchement s'est résorbé, mais que la portion cérébrale détruite n'a pu être remplacée.

La marche de la paralysie est-elle aiguë, elle indique ou une méningite, ou une congestion, ou un épanchement, ou un ramollissement. Nous savons maintenant comment on distingue ces affections.

Est-elle chronique, elle annonce un cancer du cerveau, un tuber-

cule, un fongus de la dure-mère, une acéphalociste, une tumeur osseuse, etc. Il est quelques signes qui peuvent faire reconnaître ces maladies.

IV.e DIVISION.

Durée de la paralysie.

Nous pouvons appliquer à la durée de la paralysie ce que nous venons de dire de sa marche aiguë ou chronique. Si cette durée est courte, la maladie appartiendra à la première classe; elle devra être apportée à la deuxième, si cette durée est longue, après deux ou trois mois environ.

Nous ne devons pas omettre de dire que certaines causes de paralysie doivent faire varier le diagnostic. Ainsi, lorsqu'elle est due à des émanations métalliques, bien que la lésion doive exister dans les organes de l'innervation, les recherches faites jusqu'a ce jour n'ont pu faire reconnaître cette lésion, et l'on est forcé de se retrancher dans un doute philosophique.

De tout ce qui précède, on doit conclure :

1.° Que la paralysie n'est point une maladie spéciale, mais bien un signe de maladies;

2.° Qu'on peut, avec de l'attention et du raisonnement, parvenir à reconnaître la nature, le siége et l'étendue de la lésion de laquelle elle dépend;

3.° Que, puisqu'elle n'est qu'un symptôme, son prognostic découle nécessairement du diagnostic : il varie suivant la nature de la lésion;

4.° Enfin que le traitement doit être fondé sur la nature de la lésion qui l'occasionne, et varier selon cette lésion, à moins que l'on ne prétende, comme on l'a fait, que toutes les maladies doivent être traitées de la même manière.

Voici des observations confirmatives de quelques propositions avancées dans cette thèse.

I.re OBSERVATION.

Hémorrhagie cérébrale. — Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. — Incrustations ostéo-calcaires dans l'aorte descendante chez une femme rachitique.

24 juin 1823. Marie-Françoise Edet, veuve Bernard, âgée de soixante-onze ans, d'une petite taille, d'une constitution grêle, ayant la colonne vertébrale fortement déviée latéralement par suite du rachitis, était remarquable par son grand appétit ; sujette à une dyspnée habituelle, et fréquemment incommodée par des étourdissemens et des feux au visage, suivant les rapports des personnes qui vivent avec elle depuis plusieurs années.

Hier au soir, 24 juin, vers neuf heures, après avoir soupé comme à l'ordinaire, et sans accuser aucune souffrance, Françoise Edet monta dans sa chambre et causa avec ses voisines. Au moment où elle allait se coucher, on la vit vomir, puis tomber subitement en perdant l'usage de la parole. Elle fut aussitôt apportée à l'infirmerie, où elle a passé la nuit sans connaissance, sans mouvemens, et ne paraissant pas souffrir de l'application de sinapismes aux jambes.

Le lendemain la malade présente les symptômes suivans : apparence d'un sommeil profond, immobilité, résolution égale de tous les membres, que l'on peut mouvoir sans éprouver de résistance de la part des muscles ; la peau est insensible ; quand on la pince, la malade n'éprouve aucune douleur ; la face n'est point déviée ; les genoux sont rapprochés, les paupières supérieures sont flasques, et s'abaissent lentement et incomplètement quand on les a relevées ; les yeux sont fixes, les pupilles immobiles ; la droite est légèrement dilatée, la gauche présentant des dimensions ordinaires ; la lèvre inférieure est pendante, et couverte d'une salive filante mêlée d'un peu de sang ; la mâchoire inférieure, rapprochée de la supérieure, ne permet pas de faire boire la malade ; la respiration est difficile et un peu bruyante, le pouls est petit, faible, régulier et d'une fréquence ordinaire.

La malade est morte à quatre heures de l'après-midi, dix-neuf heures après l'invasion de l'attaque. Quelque temps auparavant on s'est aperçu, en faisant de nouvelles tentatives pour introduire des boissons dans la bouche, que la mâchoire pouvait être facilement abaissée.

Ouverture du corps, quarante-huit heures après la mort. Os du crâne et vaisseaux des méninges très-injectés, substance cérébrale molle. La protubérance annulaire, incisée transversalement, contient un caillot peu consistant de sang foncé en couleur et du volume d'une noix, dans une cavité dont la surface est rugueuse, irrégulièrement frangée. La substance cérébrale qui forme les parois de cette cavité est un peu ramollie et ecchymosée dans un grand nombre de points distincts, et en outre imprégnée de sang, d'une couleur vineuse jusqu'à une demi-ligne de la surface du foyer.

Le ventricule droit est rempli d'un sang plus fluide que celui contenu dans la protubérance. Ce second épanchement provient de la couche optique correspondante, qui présente une cavité à parois frangées capable de contenir une amande, et communiquant par la déchirure de la partie supérieure de la couche optique avec le ventricule droit.

Cœur très-volumineux. — Hypertrophie du ventricule gauche avec rétrécissement de sa cavité. Les ouvertures du cœur et leurs valvules n'offrent aucune altération ; l'aorte est manifestement dilatée depuis son origine jusqu'à la fin de sa crosse. Elle présente au-dessous de ce point et en arrière une incrustation ostéo-calcaire située sous la membrane interne, que l'on ne peut en détacher, ayant deux pouces environ d'étendue, suivant la longueur du vaisseau, et occupant le tiers de sa circonférence.

Les portions thoraciques et abdominales de l'aorte, les artères pelviennes et fémorales présentent aussi des incrustations nombreuses. Le calibre des vaisseaux n'est point notablement diminué à la hauteur de ces incrustations. Les artères carotides et sous-clavières

sont exemptes d'altération. Les poumons offrent en arrière un engouement séro-sanguin.

L'estomac, ample et contenant seulement une petite quantité de mucosités, présente à l'intérieur, et vers sa grande courbure, des taches noirâtres et peu circonscrites. Sa membrane muqueuse n'est altérée ni dans sa consistance ni dans son épaisseur.

Les intestins grêles sont remarquables seulement par des rétrécissemens nombreux. Le foie, volumineux et d'un brun foncé, contient beaucoup de sang.

Nota. L'invasion brusque de la maladie annonce nécessairement une altération récente, et nous savons que l'hémorrhagie cérébrale et la congestion sont les seules qui commencent aussi subitement. La résolution générale des membres annonce une altération générale ou centrale; et dans ce cas elle occupait la protubérance, plus la couche optique. On voit donc qu'*à priori* on pouvait reconnaître l'affection qui a causé la mort, en se dirigeant d'après les règles que nous avons posées. La marche promptement mortelle de cette maladie devait aussi servir à la faire distinguer de toute autre.

II.e OBSERVATION.

Hémorrhagie cérébrale.

3 juillet 1823. Marguerite Lathier, âgée de soixante-quatorze ans, d'une forte constitution et ayant le cou court, avait le côté droit paralysé depuis plusieurs années. Le membre supérieur était plus paralysé que l'inférieur, et la malade pouvait encore marcher en s'aidant d'une béquille. Elle n'avait d'ailleurs aucun dérangement dans les facultés intellectuelles.

Hier au soir, la malade perdit connaissance, et tomba. (trente sangsues au cou, sinapismes aux pieds.)

Le 3 juillet, au matin, elle présente les symptômes suivans : décubitus sur le dos, tête tournée à droite, paralysie complète du bras

gauche, flexion du bras droit et des deux jambes ; on éprouve de la résistance pour étendre ces membres ; le pied droit est tourné en dedans ; la pupille droite est sensible à l'impression de la lumière ; la gauche a perdu sa sensibilité ; la parole est impossible.

6 juillet. La malade est morte aujourd'hui dans le courant de la journée.

Ouverture du corps quarante heures après la mort. La dure-mère adhère fortement à la voûte du crâne ; la pie-mère est infiltrée de sérosité en arrière et en haut ; les vaisseaux de la substance cérébrale ne sont point injectés ; le ventricule droit contient environ une once de sang, en partie coagulé ; la couche optique de ce côté, déchirée en arrière et en haut, présente une cavité irrégulière capable de contenir une noisette, et remplie de sang. Cette cavité occupe la partie postérieure de la couche optique et la substance cérébrale voisine ; ses parois, frangées et imprégnées de sang, offrent une couleur rouge uniforme à la surface de la cavité ; à une ou deux lignes de cette surface, des points et des taches de sang irrégulièrement distribuées, et plus profondément encore une couleur jaune verdâtre et mal circonscrite.

Le ventricule gauche contient une cuillerée environ de sérosité sanguinolente : la partie supérieure de la couche optique gauche présente une ligne dure, criant sous le scalpel, étendue d'un tiers de pouce d'arrière en avant, blanchâtre et sans organisation apparente. La substance cérébrale qui l'entoure n'est altérée ni dans sa couleur, ni dans sa consistance. Dans le corps strié du côté gauche, on trouve une cavité remplie de sérosité limpide et incolore, cavité aplatie transversalement, et étendue de quatre à cinq lignes d'avant en arrière ; ses parois, lisses et d'un gris foncé, sont formées par la substance cérébrale condensée, et forment une couche d'une demi-ligne d'épaisseur, que l'on enlève facilement en cherchant à détacher une membrane accidentelle, qui au premier abord semble tapisser la cavité.

Le cœur et l'origine des gros vaisseaux n'offrent pas d'altération ;

le ventricule droit est à moitié rempli de sang, mêlé de beaucoup de petites bulles d'air.

Les deux poumons sont engorgés en arrière, mais crépitans dans la plus grande partie de leur étendue. Le poumon droit est uni, dans la plus grande partie de sa surface, avec les parois de la poitrine par des adhérences anciennes.

L'estomac, contracté et vide, présente en arrière et près de sa grosse extrémité deux larges plaques rouges parcourues par de grosses veines, de chaque côté desquelles les parois de l'organe sont imprégnées de sang extravasé. Le long de la grande courbure on trouve des stries et des points rouges disséminés irrégulièrement et superficiellement dans une assez grande étendue.

Les intestins sont remplis de gaz.

Nota. Peu d'observations sont aussi propres à confirmer ce que nous avons annoncé que celle-ci. L'invasion brusque de la maladie annonce l'hémorrhagie ; la paralysie qui survient du côté gauche du corps fait reconnaître que le siége de la maladie est à droite ; la violence et la rapidité des accidens décèlent l'étendue de l'altération.

La cicatrice et le petit kyste rencontrés dans l'hémisphère opposé expliquent l'existence de la paralysie ancienne du côté opposé.

III.e OBSERVATION.

Hémorrhagie cérébrale.

4 septembre 1823. Catherine Timonié, âgée de soixante-seize ans, est grande, robuste, lente dans ses mouvemens, sans être paralysée, et jouissant de l'intégrité de ses sens et de ses facultés intellectuelles, était sujette aux étourdissemens, et habituellement incommodée par un sentiment de chaleur ardente aux pieds et à la tête, qui lui faisait rechercher les lieux frais.

Depuis deux jours elle était plus assoupie que de coutume, se

plaignait d'un grand malaise, et vomissait; cependant elle ne réclamait aucun secours.

En arrivant dans son dortoir, il y a une demi-heure, elle a vomi et perdu subitement connaissance.

Tous les muscles sont frappés de résolution; la tête et les membres obéissent à leur poids; la face n'est pas déviée; les membres du côté gauche exécutent de légers mouvemens, soit qu'on les pince, soit qu'on pince ceux du côté opposé; ceux-ci sont tout-à-fait immobiles. La respiration est lente, non-stertoreuse; le pouls fort et un peu rare. (Saignée, sinapismes.)

5 septembre, face cadavéreuse, pupille droite dilatée, sensibilité anéantie.

La malade est morte à huit heures du matin, douze heures après l'invasion de l'attaque.

Ouverture du corps vingt-quatre heures après la mort. Les muscles sont roides, les tégumens du crâne épaissis par infiltration, les circonvolutions cérébrales aplaties, l'arachnoïde qui les recouvre est sèche. Les vaisseaux de la pie-mère contiennent moins de sang que chez la plupart des sujets. A la face convexe de l'hémisphère droit on trouve une déchirure faite par une esquille, et d'où s'écoule du sang. Cette déchirure conduit dans un vaste foyer occupant l'hémisphère droit, et communiquant avec les deux ventricules latéraux, dont la cloison est déchirée. Cette cavité est remplie de sang foncé en couleur, et en grande partie coagulé; le quatrième ventricule en est rempli. A la surface du foyer, la substance de l'hémisphère droit est ramollie, frangée et imprégnée de sang. Les vaisseaux de la portion de pie-mère qui recouvre le cervelet contiennent beaucoup de sang; la substance de cet organe n'est point altérée.

Les poumons sont sains, le cœur est un peu volumineux, le ventricule gauche hypertrophié, avec rétrécissement considérable de sa cavité. La crosse de l'aorte, un peu dilatée, présente des ossifications dans plusieurs points. Il en existe de nombreuses après l'origine de l'artère sous-clavière. Plusieurs sont saillantes, et forment

un bourrelet qui occupe la presque totalité de la circonférence du vaisseau, dont le calibre se trouve ainsi diminué.

L'estomac présente vers sa grande courbure une teinte rosée, due à l'injection de sa membrane muqueuse, qui n'offre elle-même aucune altération.

Les autres organes sont sains.

Nota. Ici tous les membres sont frappés de résolution; mais cependant il reste quelque mobilité d'un côté. Il n'est pas possible, ce me semble, de méconnaître un énorme épanchement ayant commencé d'un côté, et faisant irruption dans les ventricules. Ce qui explique la gravité des symptômes et leur marche. Cette femme était assoupie depuis quelques jours; ce qui semblerait annoncer qu'il existait une congestion ou un travail local. Aussi le pourtour de l'épanchement a-t-il été noté comme ramolli.

IV.e OBSERVATION.

Hémorrhagie cérébelleuse.

27 août 1823. Marie Aubé, âgée de soixante-quatorze ans, est d'une constitution très-robuste. Cette femme, presque complètement privée de la vue par deux cataractes, et sujette à une toux sèche et à une dyspnée habituelle qui l'obligeait à avoir sa tête très-élevée dans son lit, était depuis quelque temps très-lente dans ses mouvemens et toujours assoupie. Elle se plaignait de maux de tête et d'autres incommodités dont on n'a pu me donner une idée bien exacte. Elle était entrée l'année dernière à l'infirmerie pour une maladie qui avait commencé par la perte de la connaissance. Quoi qu'il en soit, la malade était rentrée dans son dortoir sans paralysie, mais faible, ayant la prononciation nette, mais lente.

Aujourd'hui, à six heures du matin, madame Aubé, assise près de son lit, d'où elle vient de sortir, parle comme de coutume, et ne se plaint pas d'incommodité nouvelle, lorsque tout à coup elle a perdu connaissance, et serait tombée, si elle n'eût été retenue par le lit voisin.

Une demi-heure après, elle présente les symptômes suivans : décubitus sur le dos, carus profond ; la face n'est pas déviée, les paupières sont rapprochées, les pupilles contractées ; elles le sont au même degré et conservent de la mobilité. Les cristallins sont opaques; il y a de la salive écumeuse dans la bouche; le corps tyroïde présente un volume considérable ; il y a résolution des membres quand on les pince avec force; ceux du côté gauche exécutent des mouvemens assez étendus; le membre inférieur droit reste entièrement immobile, le supérieur du même côté se meut, mais à un degré à peine sensible. La respiration est bruyante et longue; le pouls est élevé, dur et un peu fréquent ; la température de la peau est ordinaire et uniforme. (Saignée de trois palettes, sinapismes, lavement purgatif.)

La malade est morte à deux heures, huit heures après l'invasion de l'attaque. La mort a été précédée de hoquets et d'émissions involontaires d'urine.

Ouverture du corps quarante-deux heures après la mort. Dure-mère très-adhérente à la voûte du crâne, vaisseaux de la pie-mère très-injectés ; la substance du cerveau a peu de consistance.

Le lobe gauche du cervelet est transformé en une vaste cavité remplie de sang coagulé, dont les parois ont une épaisseur irrégulière, et variant de deux à quatre lignes. La substance de ces parois est frangée et imprégnée de sang du côté de la cavité.

Les poumons sont unis aux parois de la poitrine dans quelques points de leur surface par des adhérences anciennes.

Le cœur est très-volumineux ; il y a hypertrophie du ventricule gauche, avec diminution considérable de sa capacité. On remarque des concrétions calcaires à la fin de la crosse de l'aorte, au-delà de l'origine des artères céphaliques, sans rétrécissement notable du vaisseau dans le point corespondant.

Le corps tyroïde est rempli de concrétions calcaires.

Estomac et intestins parfaitement sains.

On peut appliquer à cette observation les mêmes réflexions que nous avons faites pour les précédentes.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

In febre non intermittente, si labium, aut nasus, aut oculus, aut supercilium distorquatur, si non videat, si non audiat, jam debilis existens, quidquid horum fit, lethale. *Sect.* 7, *aph.* 73.

II.

Quibus cerebrum concussum fuerit ab aliquâ causâ, necesse est eos statim mutos fieri. *Ibid.*, *aph.* 58.

III.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile. Debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

IV.

Apoplectici autem fiunt maximè ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

V.

Torpores et stupores præter consuetudinem advenientes, futuram apoplexiam vel paralysim denotant. *Coac.* 476.